

# NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación :  
Nombre  
del caso :  
Número :  
Nombre del  
trabajador( a) :  
Número :  
Teléfono :  
Dirección :

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado.** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo.